

laire supérieur, si ce n'est par projectile de guerre, et, d'ailleurs, elles n'offrent rien de particulier à considérer.

Il n'en est pas de même des fractures indirectes, dont le mécanisme est difficile à saisir, et qui ont fait l'objet d'une étude intéressante de la part de M. le Dr Lehéribel, qui prit pour point de départ de son travail un malade observé dans mon service.

L'arcade alvéolaire supérieure est soutenue par trois colonnes osseuses : 1° les colonnes fronto-nasales sur la ligne médiane ; 2° les colonnes jugale et zygomatique en haut et sur les côtés ; ces deux colonnes offrent une résistance dans le sens vertical ; 3° en arrière, les apophyses ptérygoïdes, soutenant le maxillaire dans le sens antéro-postérieur.

Les chocs sont transmis presque constamment au maxillaire supérieur par l'intermédiaire de la mâchoire inférieure. La transmission se fait de plusieurs manières ; tantôt, c'est un coup porté sur le menton qui rapproche violemment les arcades dentaires ; le maxillaire inférieur se brise le plus ordinairement dans ce cas, mais il peut se faire qu'il résiste et transmette à la mâchoire supérieure l'impulsion qu'il a reçue. L'observation de M. Lehéribel en était un exemple.

Un second mode de transmission consiste dans un choc violent porté sur la tête, alors que le menton est fixé. Exemple : le cas de J. Cloquet : il s'agit d'un mécanicien de la Gaité qui, tombant dans une trappe, fut arrêté par le menton, tandis que le couvercle lui retomba pesamment sur la tête.

Un troisième mode de fracture a lieu lorsque, un individu étant précipité d'une certaine hauteur, le menton rencontre un corps résistant.

Un quatrième mode a été indiqué par Dubreuil, en 1870 : c'est une fracture de la paroi externe du sinus maxillaire, consécutive à un enfoncement de l'os malaire.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer, dans ces cas, les symptômes des fractures ordinaires, car on a plutôt affaire à une disjonction des sutures, à des diastasis, qu'à une véritable fracture. Aussi, est-ce surtout par l'ecchymose et les points douloureux siégeant au niveau des sutures du maxillaire avec les os voisins que le diagnostic est établi.

A. Guérin a appelé l'attention sur une certaine mobilité et sur la douleur au niveau de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

On doit aussi soigneusement rechercher l'état des nerfs, du sous-orbitaire et des rameaux dentaires antérieurs et postérieurs, dont la lésion apporte un appoint sérieux à l'établissement du diagnostic.

Le maxillaire supérieur présente avec les os voisins des connexions qu'il importe de bien connaître quand on veut pratiquer la résection de cet os. Imaginée par Gensoul (de Lyon), cette résection est définitivement, et à juste titre, entrée dans le domaine de la chirurgie. Il est remarquable de voir combien cette opération, si grave en apparence, est en réalité bénigne ; malheureusement, on la pratique le plus souvent pour des sarcomes ou des cancers qui récidivent rapidement et entraînent la mort des malades.

Le maxillaire supérieur tient aux os voisins par quatre points : en avant et en dedans par la branche montante aux os du nez et à l'unguis ; en dehors à l'os malaire ; sur la ligne médiane à celui du côté opposé ; en arrière aux apophyses ptérygoïdes.